



Relación entre la presencia de síntomas psicóticos y la severidad de la sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad

R a e l L a l a n d a W r e g e

Hospital de Día de Trastornos de la Personalidad

Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Investigación	Presencia de Síntomas Psicóticos en Trastornos de la Personalidad
Tutor	José Manuel López Villatoro, psicólogo por la UCM

AUTORIZACIÓN TUTOR

Yo, José Manuel López Villatoro, coordinador de investigación de la unidad de trastornos de la personalidad del Hospital Clínico San Carlos, como tutor del trabajo fin de máster (TFM) presentado por el alumno Rael Lalanda Wrege, hago constar que el trabajo reúne las condiciones necesarias para proceder a su presentación ante la Comisión Evaluadora.

Madrid, a 1 de Julio de 2019.

A handwritten signature in black ink, enclosed within a hand-drawn oval. The signature is stylized and appears to be 'J. M. López Villatoro'.

AGRADECIMIENTOS

A Dayana por creer en mí y ser mi apoyo en todo el camino, sin ti no habría sido posible, al departamento de investigación del Hospital Clínico San Carlos por permitirme ser partícipe de su línea de investigación. Al CIBERSAM por admitirme en el máster y por último agradecer a la Universidad de Cantabria por becarme y permitirme estar más cerca de cumplir mi sueño.

ÍNDICE

❖ Resumen	-----	Página 4
■ Palabras Clave	-----	Página 4
❖ Abstract	-----	Página 5
❖ Introducción	-----	Página 6
■ Hipótesis	-----	Página 10
■ Objetivos	-----	Página 10
❖ Metodología	-----	Página 11
■ Participantes	-----	Página 11
■ Instrumentos	-----	Página 12
■ Análisis Estadísticos	-----	Página 13
❖ Resultados	-----	Página 14
■ Análisis Estadísticos	-----	Página 15
❖ Discusión	-----	Página 18
❖ Conclusiones	-----	Página 21
❖ Referencias Bibliográficas	-----	Página 22

RESUMEN

Introducción: El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por una marcada inestabilidad emocional, conductas impulsivas, un bajo desempeño en sus relaciones interpersonales y en ocasiones, puede presentar síntomas psicóticos. El objetivo del presente estudio es investigar la posible relación entre la presencia de síntomas psicóticos y la severidad de la sintomatología del TLP.

Metodología: 82 pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad fueron divididos en dos grupos de estudios: pacientes con y sin síntomas psicóticos. Ambos grupos de pacientes fueron comparados mediante protocolos de evaluación clínica a través del Diagnostic interview for borderlines (DIB). La presencia de síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios) se evaluó de acuerdo con los criterios del DSM-IV.

Resultados: Se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones globales del DIB y en las subescalas de la impulsividad y de la cognición, obteniendo los pacientes con síntomas psicóticos puntuaciones significativamente mayores. De manera más específica, se observó que los pacientes con delirios obtuvieron una puntuación significativamente mayor en la subescala de la impulsividad.

Conclusiones: Los resultados mostraron una relación fenomenológica entre la psicosis y el TLP y más concretamente con la gravedad de los actos impulsivos del TLP. Los datos también reflejaron que esta relación parece deberse más a la presencia de delirios que de alucinaciones.

Palabras Clave: Psicosis, trastorno límite de la personalidad, afectividad, impulsividad, relaciones interpersonales.

ABSTRACT

Introduction: Borderline Personality Disorder (BPD) can be characterized by an increased emotional instability, impulsive behaviour and a low interpersonal relationship performance and occasionally, it may present psychotic symptoms. The goal of the following study is to investigate the possible relationship between the presence of psychotic symptoms and the severity of the symptomatology of the BPD.

Methodology: 82 BPD diagnosed patients were divided into 2 study groups: patients with and without psychotic symptoms. Both groups were compared by clinical assessment protocols through the Diagnostic interview for borderlines (DIB). The presence of psychotic symptoms (hallucinations and delusions) were assessed according by the DSM-IV criteria.

Results Significant differences were shown in between both groups in the DIB global scale and its impulsivity and cognition subscales, obtaining higher significant scores in the psychotic symptoms patient group. Specifically, patients with delusions were observed to score significantly higher on the impulsivity subscale.

Conclusion: The results showed a phenomenological relationship between psychosis and BPD, specifically with the severity of impulsive acts of BPD. The data also reflects that this relationship seems to be due more to the presence of delusions than hallucinations.

Key Words: Psychosis, borderline personality disorder, affectivity, impulsivity, interpersonal relationship

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental grave y persistente caracterizado por la inestabilidad emocional y las conductas impulsivas, que afecta a la autoimagen, a las relaciones interpersonales, a la afectividad y al comportamiento (American Psychiatric Association, 2014).

La prevalencia del trastorno en la población general se estima aproximadamente en torno al 2% y dentro de la población psiquiátrica, afecta hasta el 10% de la población (Coid, Yang, Tyrer, Roberts & Ullrich, 2006). Dentro de los trastornos de la personalidad, el TLP supone un 26% de los casos (Skodol et al., 2005), causando una importante comorbilidad y mortalidad en la primera juventud. En cuanto a su prevalencia en función del sexo, hay estudios que muestran que aparece más en mujeres que en hombres (70% de mujeres frente a 30% de hombres) (Tomko, Trull, Wood & Sher, 2014).

Considerando las diferentes teorías existentes a lo largo de los años sobre la etiología de este trastorno, la más apoyada ha sido el modelo biopsicosocial de Linehan (1993). Esta teoría sostiene que el TLP puede ser el resultado de interacciones entre factores biológicos y psicosociales, concretamente, experiencias traumáticas y adversas durante la infancia (Cattane, Rossi, Lanfredi & Cattaneo, 2017).

Una de las principales características del trastorno límite es la inestabilidad emocional, causado principalmente por dificultades para regularse emocionalmente. La regulación emocional implica diferentes métodos y habilidades que el sujeto utiliza para gestionar y expresar sus emociones (Gross, 1998; Gross & Thomson, 2007). Según Linehan (1987) esta

desregulación se debe a una alta intensidad basal de emociones negativas con independencia de los estímulos, junto con una alta reactividad emocional ante ciertos estímulos y una lenta recuperación del estado emocional de base.

Otros estudios (Kuo & Linehan, 2009) han evidenciado que la desregulación afectiva está mediada principalmente por la emocionalidad negativa basal del individuo más que por una alta reactividad a los diferentes estímulos. Según estos autores, esta reactividad se activaría solo ante estímulos traumáticos.

Otro de los síntomas angulares del TLP es la impulsividad (Links, Heslegrave & Van Reekum, 1999). Según MacLeod (2007) la impulsividad muestra una dimensión conductual y otra de índole cognitiva. El control motor es la habilidad para inhibir respuestas potenciales ante estímulos y el cognitivo la cancelación de un proceso mental. El patrón de impulsividad que más se observa dentro de los pacientes con TLP es de índole conductual, entre los que se incluyen autolesiones, agresiones físicas, verbales y a objetos, abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo, etc. (American Psychiatric Association, 2013).

Estudios recientes han observado que la impulsividad y la inestabilidad emocional del TLP parece estar relacionada. Por ejemplo, Chapman, Dixon-Gordon, Layden & Walters (2010) encontraron una mayor tasa de respuestas impulsivas cuando previamente se había inducido una condición de miedo, aspecto que no ocurría en la situación neutra. Del mismo modo, Cackowski et al. (2004) observaron un peor desempeño en pruebas de inhibición al haberse inducido una condición previa de estrés.

Por otro lado, las relaciones interpersonales de una persona con TLP también son consideradas sintomáticas. Estas relaciones están marcadas por una ‘intensa sensación

subjetiva de soledad' (Weiss, 1973) sumada a un pobre desempeño social y a un reducido número de amistades (Liebke et al., 2017). Estos pacientes presentan una hipersensibilidad social que provoca hechos distorsionados, formación de opiniones exageradas sobre los demás y, generalmente, atribuciones negativas sobre los actos o expresiones de terceros (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008).

Con respecto a los otros síntomas antes mencionados, estas relaciones inestables podrían agudizar o minimizar sus efectos sobre el individuo. Se ha visto, por ejemplo, que periodos de remisión de síntomas (Links & Heslegrave, 2000) se asocian a eventos interpersonales positivos, al igual que se acentúan cuando se producen eventos amorosos negativos (Shea, 2007). Asimismo, Stiglmayr, Shapiro, Stieglitz, Limberger & Bohus (2001) incluyen el miedo al abandono como un factor clave en relación con los demás síntomas porque causaría un fuerte estado emocional negativo que, sumado a las dificultades de regulación emocional y a una marcada impulsividad, darían como resultado conductas autodestructivas (e.g. autolesiones), y la toma de decisiones irracionales (Beatson, Rao & Watson, 2010).

Además de los síntomas característicos ya descritos, no es extraño que se puedan manifestar síntomas psicóticos en un sujeto con TLP. Históricamente se les ha denominado como “pseudo-alucinaciones” (Niemantsverdriet et al., 2017) debido a que “tienen carácter transitorio y están limitadas a altos periodos de estrés” (American Psychiatric Association, 2013). Sin embargo, esta transitoriedad está actualmente en duda por la creciente evidencia que reporta una persistencia a largo plazo (Pearse, Dibben, Ziauddeen, Denman & McKenna, 2014).

Entre los síntomas psicóticos más comunes están las alucinaciones de tipo auditivo (Slotema et al., 2017) y los delirios (Niemantsverdriet et al., 2017), con una frecuencia de aparición en torno al 50% y al 20% de los casos, respectivamente.

En referencia a las alucinaciones, estas se diferencian de las encontradas en otras patologías (i.e esquizofrenia) debido a que tienen un mayor contenido negativo y generan mucha más ansiedad (Kingdon et al., 2010), causando en el sujeto una mayor “resistencia emocional” (Hepworth, Ashcroft, & Kingdon, 2013). En esta línea, se ha visto que la presencia de estos síntomas psicóticos en el TLP acarrea varias consecuencias añadidas, como niveles más elevados de estrés, mayor número de intentos de suicidio y, en general, una mayor necesidad de hospitalización (Slotema et al., 2017).

En referencia a las causas de aparición, no hay evidencia concluyente al respecto; aunque hay varios estudios que destacan la experiencia de una infancia traumática con el desarrollo de síntomas psicóticos (Varese et al., 2012).

En relación con la sintomatología ya descrita del TLP, es poca la evidencia que se tiene sobre la vinculación existente entre la presencia de síntomas psicóticos y su efecto sobre este trastorno. Sin embargo, autores como Foley et al., (2005) señalan que los síntomas psicóticos se relacionan con una mayor agresividad, la cual está íntimamente relacionada con la impulsividad (Terzi et al., 2017). De igual modo, se ha visto que bajas puntuaciones en la escala de síntomas psicóticos positivos PANNS se relacionan con tasas más altas de suicidio y con mayor número de conductas impulsivas (Iancu et al., 2010).

La afectividad también parece estar mediada por los síntomas psicóticos, tal y como evidenciaron Glaser, Van Os, Thewissen & Myin-Germeys (2010), quienes encontraron que

las personas con TLP y síntomas psicóticos eran más reactivas emocionalmente a diversas situaciones en comparación con grupos TLP que no tenían estos síntomas. En cuanto a las relaciones interpersonales, Tschoeke, Steinert, Flammer & Uhlmann (2014) señalan que las relaciones sociales eran mucho más precavidas, aisladas e infrecuentes en sujetos con TLP y síntomas psicóticos. En la misma línea, un estudio observó cómo una remisión de los síntomas psicóticos se relacionaba con un mejor desempeño social e interpersonal con el entorno (Jelastopulu et al., 2014).

Hipótesis

Por tanto, nuestro trabajo se enmarca en seguir investigando la relación entre los síntomas psicóticos y la severidad en los diferentes síntomas del TLP. Por lo que planteamos estas hipótesis:

- 1- La presencia de síntomas psicóticos se relacionará con una mayor severidad o intensidad general de los síntomas del TLP.
- 2- Los pacientes TLP con síntomas psicóticos mostrarán una mayor desregulación afectiva.
- 3- Los pacientes TLP con síntomas psicóticos mostrarán una mayor impulsividad.
- 4- Los pacientes TLP con síntomas psicóticos mostrarán mayores dificultades en las relaciones interpersonales.
- 5- De manera específica, no habrá diferencias entre alucinaciones y delirios, en su relación con la severidad de los síntomas TLP.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es estudiar la relación entre la presencia de síntomas psicóticos y la severidad de la sintomatología en el TLP.

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra estudiada está formada por 82 pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad, de los cuales el 22% eran hombres (n=18), y un 78% mujeres (n=64). La media de edad era de 28 años. Todos los pacientes tenían el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad como diagnóstico primario, de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) y debían tener una severidad moderada-grave (CGI (impresión clínica global) >4) y una disfuncionalidad moderada (EEAG (escala de evaluación de la actividad global) <65) para entrar en el estudio. Los pacientes fueron reclutados del Hospital de Día de Trastornos de la Personalidad del Hospital Clínico San Carlos.

Fueron excluidos del estudio los pacientes que presentaban estos criterios: 1) padecer alguna enfermedad neurológica o médica que pudiera afectar a funciones cerebrales; 2) tener un CI (coeficiente intelectual) < 85; 3) haber padecido esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o trastorno bipolar a lo largo de la vida; 4) padecer en el momento del estudio un episodio depresivo mayor o un trastorno por consumo de sustancias que pudiera afectar al rendimiento neuropsicológico.

Todos los pacientes recibieron información detallada sobre el estudio y firmaron por escrito el consentimiento informado antes de su participación en la investigación. El estudio de investigación clínica fue aprobado por el Comité Ético de investigación clínica del Hospital Clínico San Carlos.

Instrumentos

Al momento de la inscripción, se recopiló una historia médica completa y datos sociodemográficos (edad, nivel de educación, ocupación, etc.). La recogida de las variables clínicas fue realizada por experimentados psiquiatras y psicólogos al inicio del estudio. Todos los pacientes y controles fueron entrevistados con la **Entrevista estructural para los trastornos de la personalidad** (SCID-II, First, Gibbon, Spitzer, Benjamin & Williams, 1997), la cual consta de 119 ítems dicotómicos que evalúan y diagnostican la presencia de trastornos de personalidad. La gravedad fue medida con la **Escala Clínica Global para trastornos de la personalidad** (CGI-BPD, Perez et al., 2007), que consta de 10 ítems puntuados de 1 a 7; 9 de las preguntas miden aspectos de la enfermedad y el décimo hace una valoración global del individuo. La cronocidad se evaluó con la **Escala de Evaluación global del funcionamiento** (EEAG, Hall, 1995). Este test se compone de 90 ítems puntuados de 1 a 10, divididos en intervalos de 10 preguntas, en las que se miden diferentes aspectos generales del sujeto, incluyendo el funcionamiento psicológico, social y ocupacional-académico. Los pacientes fueron entrevistados por medio de la **entrevista clínica estructurada para trastornos del Eje I DSM IV** (SCID-I, American Psychiatric Association, 2000) para evaluar la presencia/ausencia de trastornos mentales. Esta entrevista se compone de 24 preguntas dicotómicas que evalúan y diagnostican la presencia de trastornos mentales. La evaluación de la sintomatología característica del trastorno límite se realizó a través de la **entrevista diagnóstica para el TLP** (DIB-R, Barrachina et al., 2004). Este cuestionario se basa en una entrevista semiestructurada compuesta por 125 ítems puntuados de 0 a 2 según la frecuencia durante los 2 últimos años. Los ítems exploran 4 dimensiones: cognición, afectividad, impulsividad y relaciones interpersonales. Las puntuaciones parciales de cada dimensión

determinan la puntuación global que va de 0 a 10 puntos. Se evaluó la presencia / ausencia de síntomas psicóticos de por vida (como alucinaciones o delirios), de acuerdo con los criterios del DSM-IV.

Análisis Estadístico

El presente estudio es un diseño transversal. La recolección de datos se realiza en un momento específico, los fenómenos por investigar se captan, según se manifiestan, durante un periodo limitado de recolección de datos y resultan particularmente adecuados para describir el estado de fenómenos determinados o de las relaciones entre ellos. Es una investigación no experimental de tipo descriptivo, ya que el propósito es observar, describir y documentar diversos aspectos de una situación que ocurre de modo natural y que provee un punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de una teoría.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (IBM Corporation, Armonk, Nueva York, EE. UU.) versión 23.0. Las variables cuantitativas se expresaron con la media y desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se describieron con la frecuencia relativa (porcentaje). En primer lugar, la muestra se dividió en dos grupos: síntomas psicóticos vs no síntomas. Las puntuaciones en las distintas subescalas (0,1,2,3) se han asumido como variables categóricas, y se han recategorizado en puntuaciones < 2 y ≥ 2 para el manejo de los distintos análisis. Las puntuaciones de las subescalas del DIB se han considerado cualitativas, por lo que se realizó la prueba Chi cuadrado para comparar sus respectivos resultados entre sí. De igual modo, las puntuaciones en la escala global se han considerado cuantitativas simétricas, por lo que se realizó la prueba T de Student para comparar sus respectivos resultados entre sí. En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I o error α menor que 0.05.

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos de ambos grupos de pacientes se observan en la tabla 1. Tanto el grupo de pacientes con síntomas psicóticos como el que no presentaba este tipo de síntomas estaban formados en su mayoría por mujeres (80.9% y 74.2% respectivamente). La edad promedio de la muestra era de 28 años (DE=9.737). Cabe destacar que en ambos grupos el 70% de los sujetos estaban desempleados/desocupados. Por otro lado, el nivel de estudios era mayoritariamente secundarios (82.3% en el grupo con síntomas y 60.0% en el grupo sin síntomas) en toda la muestra, observándose un porcentaje menor de estudios superiores en el grupo psicótico (17.7%) en comparación con los del grupo sin síntomas (36.7 %).

En cuanto al estado civil, aproximadamente el 73% de todos los sujetos están solteros. En referencia a la medicación, un 84% del total de la muestra estaban medicados (antidepresivos 72.6 %; benzodiacepinas 93.2 %; antiepilépticos 35.6%; antipsicóticos 46.6%).

	Grupo Psicótico	Edad: Media (DT)	28.0 (9.737)
Sexo	Síntomas	Masculino	19.6 %
		Femenino	80.40 %
	No Síntomas	Masculino	25.8 %
		Femenino	74.2 %
Actividad	Síntomas	Desempleado	70.0 %
		Trabajador	6.0 %
		Estudiante	24.0 %
	Actual	No Síntomas	Desocupado
Trabajador			13.3 %
Estudiante			16.7 %
Nivel	Síntomas	Estudios Secundarios	82.3 %
		Estudios Superiores	17.7 %
		Otros	0.0 %

Educativo	No Síntomas	Estudios Secundarios	60.0 %
		Estudios Superiores	36.7 %
		Otros	3.3 %
Estado	Síntomas	Soltero	72.5 %
		Casado (o similar)	27.5 %
Civil	No Síntomas	Soltero	73.4 %
		Casado (o similar)	26.7 %
Medicación	Síntomas	Antidepresivos	83.0 %
		Antipsicóticos	51.1 %
		Antiepilépticos	31.9 %
		Benzodiacepinas	89.4 %
	No Síntomas	Antidepresivos	84.6 %
		Antipsicóticos	38.5 %
		Antiepilépticos	42.3 %
		Benzodiacepinas	100.0 %

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Respecto a la relación entre la presencia de síntomas psicóticos y la puntuación en las subescalas del Diagnostic Interview for borderlines (DIB), los pacientes con síntomas psicóticos obtuvieron puntuaciones significativamente superiores tanto en las subescalas de Cognición ($p=0.028$) e Impulsividad ($p=0.023$) como en la puntuación global del DIB ($p=0.032$).

Puntuaciones DIB	Grupo	Media	DT	Estadísticos
Afectividad	Síntomas	1.45	0.541	χ^2 : 0.467; $p=0.494$
	No Síntomas	1.52	0.57	
Cognición	Síntomas	1.33	0.653	χ^2 : 4.850; $p=0.028^*$
	No Síntomas	0.87	0.806	

Impulsividad	Síntomas	2.22	0.945	χ^2 : 5.156; p=0.023*
	No Síntomas	1.68	1.249	
Relaciones Interpersonales	Síntomas	2.18	1.126	χ^2 : 1.136; p=0.286
	No Síntomas	1.8	1.27	
Global DIB	Síntomas	7.16	2.248	t : -1.35; p=0.032*
	No Síntomas	5.81	2.937	

Tabla 2. Comparación de medias entre grupo psicóticos vs. no psicóticosDT: Desviación Típica | χ^2 : Chi Cuadrado | t: T de Student | p*: diferencia significativa

De manera más específica, también se analizó por separado la relación entre las alucinaciones y los delirios con las diferentes puntuaciones del DIB. Para ello se seleccionaron los pacientes que mostraban solo dichos síntomas psicóticos y se separaron en dos grupos, uno con alta puntuación en la subescala del DIB (≥ 2) y otro con baja puntuación (< 2). Respecto a las alucinaciones, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes para ninguna de las subescalas ni para la puntuación global del DIB (tabla 3).

Subescala del DIB	Grupo	%	Análisis Estadístico
Afectividad	< 2	55.6 %	χ^2 : 0.497 p=0.481
	≥ 2	44.4%	
Cognición	< 2	55.6%	χ^2 : 1.898 p=0.168
	≥ 2	44.4%	
Impulsividad	< 2	11.1%	χ^2 : 1.809 p=0.179
	≥ 2	88.9%	
Relaciones Interpersonales	< 2	14.8%	χ^2 : 1.685 p=0.194
	≥ 2	85.2%	
Global (media/DT)		(7.19/1.922)	t: -0.803, p=0.137

Tabla 3. Diferencias entre grupo de altas vs. bajas puntuaciones en pacientes con alucinaciones

Por último, en la tabla 4 se muestran las diferencias entre los pacientes con delirios con alta y baja puntuación en las diferentes subescalas y en la puntuación global del DIB. Los resultados mostraron diferencias significativas entre ambos grupos en la subescala de la Cognición ($p=0.041$) y la Impulsividad ($p=0.018$) y en la puntuación global del DIB ($p=0.02$).

Subescala del DIB	Grupo	%	Estadístico
Afectividad	< 2	45.9%	χ^2 : 0.443 $p=0.506$
	≥ 2	54.1%	
Cognición	< 2	54.1%	χ^2 : 4.175 $p=0.041^*$
	≥ 2	45.9%	
Impulsividad	< 2	8.1%	χ^2 : 5.589 $p=0.018^*$
	≥ 2	91.9%	
Relaciones Interpersonales	< 2	18.9%	χ^2 : 0.781 $p=0.377$
	≥ 2	81.1%	
Global (media/DT)		(7.38/2.3)	t: -1.334 $p=0.02^*$

Tabla 4. Diferencias entre grupo de altas puntuaciones vs bajas puntuaciones en pacientes con delirios

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio ha sido investigar si la presencia de síntomas psicóticos tienen relación con la severidad de la sintomatología del trastorno límite de la personalidad (TLP).

En primer lugar, se observa que los pacientes con síntomas psicóticos obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en la escala global del Diagnostic Interview for borderlines (DIB). Por lo tanto, los pacientes TLP con síntomas psicóticos mostraron, de manera general, una mayor severidad de su sintomatología.

Más específicamente, en los resultados se observaron diferencias significativas entre ambos grupos de estudio en la subescala de la impulsividad, de manera que los pacientes con síntomas psicóticos mostraron unos niveles significativamente mayores de impulsividad en comparación con los pacientes que no tenían dichos síntomas. Estos hallazgos apoyan los encontrados en otras investigaciones, que describen una mayor presencia de conductas impulsivas en sujetos con primeros síntomas psicóticos (Moulin et al., 2018).

Algunos estudios (Mancke, Herpertz, Kleindienst & Bertsch, 2017; Peters, Baetz, Marwaha, Balbuena & Bowen, 2016) reflejan que un aumento de la impulsividad se debe a una mayor desregulación emocional. Sin embargo, nuestros resultados no reflejan dicha asociación debido a que no se encontraron diferencias significativas en la desregulación emocional entre los dos grupos. Estas diferencias de resultados con los estudios previos puede deberse a que ambos grupos de pacientes mostraban una alta severidad y disfuncionalidad. La mayoría son pacientes que fueron ingresados en el Hospital Clínico San Carlos a través del servicio de urgencias, por intentos de suicidio, cortes o agresividad hacia sí mismos o hacia personas de

su entorno. Tras el ingreso en urgencias estos pacientes ingresaron en la Unidad de Trastornos de Personalidad de dicho hospital para seguir un tratamiento intensivo que incluye terapia individual, terapia de grupo, terapia ocupacional y mentalización, entre otras. Son, por tanto, pacientes graves con una sintomatología intensa y los resultados de este estudio podrían diferir en pacientes con TLP de menor gravedad cuya sintomatología fuera menos activa. Otra posible explicación a la diferencia de resultados con otros trabajos puede ser la medicación de los pacientes. Algunos estudios como Fraenkel et al. (2018) ya han demostrado el efecto de los fármacos antipsicóticos sobre la afectividad y la regulación emocional.

Debido a la complejidad de los síntomas psicóticos y a sus diferentes manifestaciones, dentro del grupo de síntomas psicóticos también se estudió, de manera independiente, la relación de las alucinaciones y los delirios con los síntomas característicos del TLP. En relación a las alucinaciones, los resultados no mostraron diferencias significativas en ninguna de las escalas del DIB, lo que significa que ninguna de los síntomas característicos del TLP parece estar relacionado con las alucinaciones. Respecto a los delirios, se encontraron diferencias significativas en el dominio de la impulsividad, sin que ello afectase al resto de síntomas. Por lo tanto, los resultados reflejan que el aumento de la impulsividad observada en los pacientes con síntomas psicóticos se debe más al efecto de los delirios que al de las alucinaciones. Esto parece concuerda con lo encontrado por algunos autores (Schroeder et al., 2018), en los que consideraban el TLP como más severo ante la presencia de delirios, debido a que observaron un incremento notable de intentos de suicidios asociado a la presencia e intensidad de delirios en el TLP.

Las personas con psicosis muestran un cuadro sintomático que afecta de forma negativa a prácticamente todas las áreas del sujeto, por ejemplo, en un peor desempeño de las relaciones

interpersonales (Jelastopulu et al., 2014), una peor gestión de las emociones y un aumento de sentimientos negativos (Osborne, Willroth, DeVlyder, Mittal & Hilimire, 2017). Sin embargo, nuestros resultados solo mostraron relación de los síntomas psicóticos con los actos impulsivos. Esto puede ser indicio de que los delirios que se manifiestan en el TLP podrían tener una naturaleza distinta y, por ende, implicar mecanismos diferentes a los que operan en la psicosis. Por lo tanto, estos hallazgos parecen reflejar una relación fenomenológica entre el trastorno límite de la personalidad y la psicosis pero, debido a las diferencias observadas con los estudios previos con pacientes psicóticos, no una comorbilidad real entre ambos fenómenos.

Como limitaciones del estudio debemos resaltar el tamaño muestral, además de la gravedad y de la medicación de los pacientes. En futuras investigaciones se intentará conseguir una muestra más grande para realizar un análisis de varianza unifactorial que permita el estudio de la relación entre alucinaciones y sintomatología TLP ajustada por los delirios, y viceversa. En el futuro, también se deberá realizar una recolección más detallada de la medicación de los pacientes para poder realizar análisis estadísticos más completos y así poder estudiar su posible relación con la sintomatología.

También sería interesante poder ampliar en futuros trabajos la relación entre los síntomas psicóticos observados en los pacientes con TLP y la impulsividad a través del estudio de la disfunción neuropsicológica observada en estos pacientes, con especial atención al desempeño de la atención y de las funciones ejecutivas. Por ejemplo, Magni et al. (2019) y McClure, Hawes & Dadds (2016) encontraron que la alta impulsividad presente en sujetos TLP se asociaba a déficits en procesos de las funciones ejecutivas y de atención, sobre todo en tareas de inhibición Go/NoGo.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos muestran una relación entre los síntomas psicóticos y la impulsividad en el TLP, de manera que los pacientes con estos síntomas realizaron un mayor número de actos impulsivos graves. Específicamente, los datos también reflejaron que esta relación parece deberse más a la presencia de delirios que de alucinaciones. Estos resultados parecen reflejar una relación fenomenológica entre psicosis y TLP más que una comorbilidad real.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington, V A, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Alvarez, E., ... & PERER SOLA, V. (2004). Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas Esp Psiquiatr*, 32(5), 293-298.
- Beatson J, Rao S, Watson C, et al. Borderline personality disorder: towards effective treatment. Melbourne: Australian Postgraduate Medicine, (2010).
- Cackowski, S., Reitz, A. C., Ende, G., Kleindienst, N., Bohus, M., Schmahl, C., & Krause-Utz, A. (2014). Impact of stress on different components of impulsivity in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 44(15), 3329-3340.
- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC psychiatry*, 17(1), 221.
- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., Layden, B. K., & Walters, K. N. (2010). Borderline personality features moderate the effect of a fear induction on impulsivity. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(3), 139.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 188(5), 423-431.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Benjamin, L. S., & Williams, J. B. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II*. American Psychiatric Pub.
- Foley, S. R., Kelly, B. D., Clarke, M., McTigue, O., Gervin, M., Kamali, M., ... & Browne, S. (2005). Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia research*, 72(2-3), 161-168.
- Fraenkel, L., Stolar, M., Bates, J. R., Street Jr, R. L., Chowdhary, H., Swift, S., & Peters, E. (2018). Variability in affect and willingness to take medication. *Medical Decision Making*, 38(1), 34-43.
- Glaser, J. P., Van Os, J., Thewissen, V., & Myin-Germeys, I. (2010). Psychotic reactivity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), 125-134.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations.

- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *Journal of personality disorders*, 22(1), 22-41.
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's Interpersonal Hypersensitivity Phenotype: A Gene-Environment-Developmental Model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22-41. doi:10.1521/pedi.2008.22.1.22
- Hall, R. C. (1995). Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics*, 3, 267-275.
- Hepworth, C. R., Ashcroft, K., & Kingdon, D. (2013). Auditory hallucinations: a comparison of beliefs about voices in individuals with schizophrenia and borderline personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(3), 239-245.
- Iancu, I., Bodner, E., Roitman, S., Piccone Sapir, A., Poreh, A., Kotler, M., (2010). *Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients*. *Psychopathology* 43, 223-229.
- Jelastopulu, E., Giourou, E., Merekoulis, G., Mestousi, A., Moratis, E., & Alexopoulos, E. C. (2014). Correlation between the Personal and Social Performance scale (PSP) and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in a Greek sample of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-197>
- Kingdon, D. G., Ashcroft, K., Bhandari, B., Gleeson, S., Warikoo, N., Symons, M., ... & Mason, A. (2010). Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(6), 399-403.
- Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 531-544. doi:10.1037/a0016392
- Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C., ... Lis, S. (2017). Loneliness, social networks, and social functioning in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 349-356. doi:10.1037/per0000208
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder* (Vol. 29). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 261.

- Links, P. S., Heslegrave, R., & Reekum, R. V. (1999). Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 13(1), 1-9.
- Links P, Heslegrave RS. Prospective studies of outcome: Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2000;23:137– 150. [PubMed: 10729936]
- MacLeod, C. M. (2007). The concept of inhibition in cognition. *Inhibition in cognition*, 3-23.
- Magni, L. R., Carcione, A., Ferrari, C., Semerari, A., Riccardi, I., Lanfredi, M., ... & Gasparotti, R. (2019). Neurobiological and clinical effect of metacognitive interpersonal therapy vs structured clinical model: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 195.
- Mancke, F., Herpertz, S. C., Kleindienst, N., & Bertsch, K. (2017). Emotion dysregulation and trait anger sequentially mediate the association between borderline personality disorder and aggression. *Journal of personality disorders*, 31(2), 256-272.
- McClure, G., Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2016). Borderline personality disorder and neuropsychological measures of executive function: a systematic review. *Personality and mental health*, 10(1), 43-57.
- Moulin, V., Golay, P., Palix, J., Baumann, P. S., Gholamrezaee, M. M., Azzola, A., ... & Conus, P. (2018). Impulsivity in early psychosis: A complex link with violent behaviour and a target for intervention. *European psychiatry*, 49, 30-36.
- Niemantsverdriet MBA, Slotema CW, Blom JD, Franken IH, Hoek HW, Sommer IEC, et al. *Hallucinations in borderline personality disorder: prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders*. *Sci Rep* (2017) 7:13920.10.1038/s41598-017-13108-6
- Osborne, K. J., Willroth, E. C., DeVlyder, J. E., Mittal, V. A., & Hilimire, M. R. (2017). Investigating the association between emotion regulation and distress in adults with psychotic-like experiences. *Psychiatry research*, 256, 66-70.
- Pearse LJ, Dibben C, Ziauddeen H, Denman C, McKenna PJ. A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* (2014) 202:368–71.10.1097/NMD.0000000000000132
- Perez V, Barrachina J, Soler J, Pascual JC, Campins MJ, Puigdemont D, et al. The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007; 35:229–35.
- Peters, E. M., Baetz, M., Marwaha, S., Balbuena, L., & Bowen, R. (2016). Affective instability and impulsivity predict nonsuicidal self-injury in the general population: a longitudinal analysis. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 17

- Schroeder, K., Schätzle, A., Kowohl, P., Leske, L., Huber, C. G., & Schäfer, I. (2018). Prevalence and phenomenology of psychotic-like symptoms in borderline personality disorders-associations with suicide attempts and use of psychiatric inpatient treatment. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*.
- Shea, MT. Life events and change in course of personality disorders.. Presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting; San Diego, California. May. 2007
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... & Pagano, M. E. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19(5), 487-504.
- Slotema CW, Niemantsverdriet MB, Blom JD, van der Gaag M, Hoek HW, Sommer IE. Suicidality and hospitalisation in patients with borderline personality disorder who experience auditory verbal hallucinations. *Eur Psychiatry* (2017) 41:47–52.10.1016/j.eurpsy.2016.10.003
- Stiglmayr, C. E., Shapiro, D. A., Stieglitz, R. D., Limberger, M. F., & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder—a controlled study. *Journal of psychiatric research*, 35(2), 111-118.
- Terzi, L., Martino, F., Berardi, D., Bortolotti, B., Sasdelli, A., & Menchetti, M. (2017). Aggressive behavior and self-harm in Borderline Personality Disorder: The role of impulsivity and emotion dysregulation in a sample of outpatients. *Psychiatry research*, 249, 321-326.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, 28(5), 734-750.
- Tschoeke, S., Steinert, T., Flammer, E., & Uhlmann, C. (2014). Similarities and differences in borderline personality disorder and schizophrenia with voice hearing. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(7), 544-549.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661-671.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press